

Année 1931

THÈSE

N°

417

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André-Charles LAMBERT

Né à Caen, le 23 Juin 1901

Ancien Prosecteur d'Anatomie à l'École de Médecine de Caen

Ancien Interne des Hospices Civils de Caen

Le Volvulus de l'S Iliaque au cours de la Grossesse

Président : M. LENORMANT. Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André-Charles LAMBERT

Né à Caen, le 23 Juin 1901

Ancien Prosecteur d'Anatomie à l'École de Médecine de Caen

Ancien Interne des Hospices Civils de Caen

Le Volvulus de l'S Iliaque au cours de la Grossesse

Président : M. LENORMANT. Professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BALTHAZARD.
I. — Professeurs	MM.
Anatomie.....	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....	GREGOIRE
Physiologie.....	BINET
Physique médicale.....	STROHL
Chimie médicale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BAUDOUIN
Pathologie médicale.....	CLERC
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET
Thérapeutique.....	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
Clinique médicale.....	CARNOT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	BEZANÇON
Clinique des maladies des enfants.....	ACHARD
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	MARCEL LABBE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies du système nerveux.....	NOBECOURT
Clinique des maladies infectieuses.....	H. CLAUDE
Clinique de la Tuberculose.....	GOUGEROT
	GUILLAIN
	FEISSLER
	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale.....	DELBET
Clinique ophtalmologique.....	CUNEO
Clinique urologique.....	LEJARS
Clinique d'accouchements.....	GOSSET
Clinique gynécologique.....	TERRIEN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEGUEU
Clinique thérapeutique médicale.....	COUVELAIRE
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	BRINDEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	JEANNIN
Clinique propédeutique.....	J.-L. FAURE
Professeur sans chaire.....	OMBREDANNE
	VAQUEZ
	SEBILEAU
	Pierre DUVAL
	SERGEANT
	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.	de GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.	DOGNON	Physique.
BENARD	Pathologie médicale.	DONZELOT	Pathologie médicale.
BROcq	Pathologie chirurgicale.	ÉCALLE	Obstétrique.
BRULE	Pathologie médicale.	FEY	Urologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	GARNIER	Pathologie expérimentale
CATHALA	Pathologie chirurgicale.	GASTINET	Bactériologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
		HAZARD	Pharmacologie.



MM.

HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBE HENRI.....	Chimie biologique.
LAROCHE.....	Parasitologie.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.....	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MILLOT.....	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.

MM.

MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.....	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
N.....	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLEY-RADOT.....	(Pasteur).....
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTIERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	— —
DEBRE.....	— —
DUVOIR.....	— —
FIESSINGER.....	— —
LAIGNEL-LAVASTINE.....	— —
BASSET.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	— —

MM.

HEITZ-BOYER.....	Clinique Chirurgicale.
MATHIEU.....	— —
MOCQUOT.....	— —
PROUST.....	— —
SCHWARTZ.....	— —
LE LORIER.....	— —
LEVY-SOLAL.....	Clinique obstétricale.
METZGER.....	— —

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.....

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
Stomatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Puericulture.

FREY.....

CHAILLEY-BERT.....

LEDOUX-LEBARD.....

WEILL-HALLE.....

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE RENÉ

Tombé au Champ d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LAMBERT

*Professeur de Clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine
de Caen*

Qui par ses conseils et son exemple a
été mon meilleur guide au cours de mes
études médicales.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Pathologie Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine
de Caen*

Qui n'a cessé de nous prodiguer les
marques d'une particulière et bienveil-
lante sollicitude; en hommage de mes
sentiments de très profonde et affectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNIER

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine de Caen

En reconnaissance de la bienveillance
et de la confiance qu'il daigna nous accor-
der durant notre année de Prosectorat.

A NOS MAITRES

MESSIEURS LES DOCTEURS LECORNU, DESBOUIS,
COLLIN, MORICE ET LE RASLE

Professeurs à l'Ecole de Médecine de Caen

Dont nous fûmes le collaborateur
honoré durant nos années d'internat à
l'Hôpital Civil de Caen.

A TOUS NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE CAEN

PRÉFACE

C'est aux hasards de la clinique que nous devons le sujet de cette thèse. Nous serait-il venu à l'esprit de traiter un cas aussi exceptionnel, si nous n'avions eu la bonne fortune d'en avoir une très intéressante observation inédite entre les mains ?

Cette observation, il ne nous a pas été donné de la recueillir nous-même : En 1921, nous n'avions pas encore commencé nos études médicales ; nous eûmes seulement le loisir d'examiner les pièces à conviction ; comme stagiaire, puis comme interne, nos regards intrigués furent souvent attirés par cet énorme volvulus qui constitue l'une des pièces les plus intéressantes du musée d'anatomie pathologique annexé à la chaire de clinique chirurgicale de l'Ecole de Médecine de Caen.

Mais une obligation s'impose à nous, impérieusement, à cette place. C'est de remercier à la première page de cet opuscule, notre Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Caen, M. le Docteur GUIBÉ, qui a bien voulu nous communiquer cette observation en nous autorisant à la publier et à la prendre comme sujet de notre thèse.

En ne nous jugeant pas indigne de la développer et

d'essayer d'en tirer quelques conclusions intéressantes concernant l'Étiologie, la Pathogénie, le Diagnostic et le Traitement de cette affection, nous ressentons tout l'honneur qu'il nous a fait.

Qu'il veuille bien recueillir ici, le faible témoignage de notre gratitude pour cette faveur comme aussi en reconnaissance des bienfaits de son enseignement dont nous fûmes plus que tout autre appelé à profiter, ayant été durant près de deux ans, interne dans son service, à l'Hôpital de Caen. C'est à lui que nous sommes redevable de la meilleure part de notre modeste bagage de connaissances en pathologie chirurgicale.

Puissions-nous n'avoir pas trop déçu au cours de ce travail, ceux qui nous avaient accordé leur confiance pour le mener à bien, tel est le souhait qui nous reste à formuler.

INTRODUCTION

Depuis les travaux de BECKER 1908, de LAMPE 1909 et de JANKOWSKI 1913, il n'est pas paru, croyons-nous, d'ouvrages d'ensemble ayant trait spécialement à la question du Volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse. Ce sujet a bien été abordé depuis au cours de travaux sur l'occlusion intestinale et la grossesse, mais incidemment : LUDWIG 1914, MIKULICZ-RADECKI 1926, dans leurs articles, comme LEITNER 1927, dans sa thèse n'ont pas envisagé spécialement les problèmes que posait cette variété d'occlusion au cours de la grossesse. Le sujet vaut bien la peine cependant d'un examen plus approfondi. Pour exceptionnel qu'il soit, n'en trouvons-nous pas chaque année quelque nouvelle observation publiée dans les comptes rendus des diverses sociétés savantes. Aussi avons-nous pensé profiter de la publication d'une observation inédite, pour procéder à une petite mise au point, de ce chapitre peu connu de pathologie tant chirurgicale qu'obstétricale. Nous nous sommes efforcés de grouper le plus grand nombre possible d'observations pour pouvoir ensuite tirer les conclusions qui se dégagent de leur rapprochement.

•

Au cours de nos recherches à travers la littérature médicale tant française qu'étrangère jusqu'à ces dernières années, nous sommes arrivés à réunir le nombre relativement considérable de 61 cas de volvulus survenus au cours de la grossesse. Sur ces 61 cas, nous en relevons 29, soit près de la moitié qui concernent l'S iliaque. Ce sont les seuls cas que nous retiendrons et dont nous publierons les observations.

Les 32 autres cas se partageaient par moitié en Volvulus du gros intestin (autres que de l'S iliaque) et Volvulus du grêle. Bien que ne les retenant pas, nous avons cru devoir mentionner sommairement, à la suite de nos observations, les indications bibliographiques permettant de les retrouver, pour ceux qu'intéresserait cette question.

Nous commencerons notre étude du Volvulus de l'S iliaque, au cours de la grossesse, par la publication de l'observation inédite qui fut le point de départ de ce travail.

Observation inédite d'un cas de Volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse

M^{me} G. M..., 41 ans, entre à la maternité de l'Hôpital de Caen, dans les derniers jours de mars 1921. Elle est enceinte de son sixième enfant et à terme. Mais elle entre surtout pour des accidents abdominaux qui ont débuté il y a une dizaine de jours : Après avoir eu une grossesse normale, elle fut prise de vives douleurs dans le côté gauche du ventre et dans l'hypochondre gauche avec arrêt incomplet des matières et des gaz.

C'est alors que le Docteur GUIBÉ est appelé à voir la malade et constate ce qui suit :

Il s'agit d'une femme enceinte et à terme. Au-dessus de la saillie que forme l'utérus gravide, on voit des contractions intestinales qui soulèvent la paroi sous forme de bosselures multiples donnant absolument l'impression de contractions de l'intestin grêle, comme on en voit dans les cas d'occlusion de cet intestin. La langue est sale, l'appétit presque disparu. Les yeux sont excavés et le faciès volontiers péritonéal ; mais c'est là, paraît-il, l'aspect habituel de la malade. Le pouls est rapide, vers 110. Il n'y a ni nausées, ni vomissements. Le toucher vaginal ne donne naturellement aucun renseignement sur la cause de ce syndrome abdominal. Le toucher rectal révèle quelques hémorroïdes, l'ampoule rectale est vide et on ne sent rien qui rappelle un cancer de l'intestin.

Etant donné que l'occlusion n'est pas complète, que la malade rend encore quelques matières et des gaz, qu'elle mange même un peu sans éprouver de nausées, le Docteur

GUIBÉ ne juge pas utile d'intervenir sur le champ, estimant que chez une malade à terme, l'utérus gravide pouvait être la cause de quelque coudure ou compression qui disparaîtrait après l'accouchement. Or, l'accouchement paraît d'autant plus imminent que le fœtus semble mort. La malade ne sent plus remuer et on n'entend plus les bruits du cœur. On temporise donc en attendant l'accouchement qui ne saurait tarder. L'accouchement a lieu le 4 avril. A ce moment, le Docteur GUIBÉ est absent, ayant été appelé à faire partie à Paris d'un jury pour un concours de suppléance.

Il revoit la malade seulement le 9 avril : elle présente un ventre plus ballonné qu'auparavant, sans aucune trace de liquide dans l'abdomen. On constate encore des contractions des anses intestinales. L'état général est toujours le même : il n'y a ni nausées, ni vomissements et la malade émet quelques rares gaz. Il décide dans ces conditions, de prendre la malade dans son service de façon à l'opérer le lendemain.

Le 10 au matin, l'aspect de la malade a complètement changé. Depuis l'après-midi de la veille, elle vomit des matières brunâtres, jaunâtres, fécaloïdes. Le ventre a encore considérablement augmenté de volume ; il est uniformément ballonné, peut-être un peu plus à la région épigastrique. Il pointe en avant comme dans une grossesse à terme. A la palpation, il paraît partout uniformément et fortement tendu. Cependant, la fosse iliaque droite et les régions environnantes paraissent plus dépressibles. Rien de particulier à la percussion : du tympanisme partout. Le pouls est à 140. Il n'y a pas de fièvre, mais une gêne respiratoire, assez notable avec un peu de cyanose. Le ventre n'est pas très douloureux à la palpation.

Intervention immédiate : A cause de l'état général peu brillant, l'opérateur, le Dr GUIBÉ, se propose de faire un anus iliaque sur le caecum à l'anesthésie locale. Le péritoine ouvert, il tombe sûr de l'épiploon et des anses grêles non distendues. En explorant avec le doigt, on sent dans le petit bassin et dans la fosse iliaque une multitude d'anses grêles et peut-être le caecum pleins de matières sous forme de scybales dures en certains points, molles en d'autres. Le caecum ne peut-être trouvé,

Mais, à gauche, et en haut, on sent un organe très tendu et très volumineux. Il est impossible d'agir par cette incision ; aussi est-elle refermée en trois plans, tandis qu'on endort la malade à l'éther.

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Le péritoine incisé, on trouve les anses grêles ; le caecum est vu : il n'est pas distendu, mais plein de matières ; le côlon transverse est dilaté, mais de coloration normale. On tombe enfin sur l'S iliaque énorme et violacé, ayant les dimensions d'un pneu d'auto. Non sans peine, on l'amène à l'extérieur par la plaie et on reconnaît qu'il s'agit d'un volvulus avec anse en voie de nécrose. La torsion est d'un tour et demi, en sens inverse des aiguilles d'une montre : elle est très serrée. Détorsion, mais à cause de l'état de l'intestin, il paraît peu prudent de réduire cette anse et on se décide à la réséquer. Section de l'intestin entre quatre clamps ; section du mésentère sur une pince qui est ensuite remplacée par une ligature au catgut : les veines sont thrombosées. Désinfection des moignons à la teinture d'iode. Contre-ouverture dans la fosse iliaque gauche par laquelle on fait passer l'intestin à l'extérieur. Suture de la plaie médiane au fil métallique en un seul plan après éthérisation de l'abdomen. On revient alors à la fosse iliaque gauche : fermeture du bout inférieur, qui est fixé à la partie inférieure de la plaie ; fixation du mésentère à la plaie par un point de catgut ; enfin, fixation du bout supérieur à la partie supérieure de la plaie, avec étalement de la lumière par trois points de catgut fixant l'intestin à la peau. Pansement. Contrairement à toute attente, les suites opératoires furent très simples. La malade fut d'abord très choquée, mais sous l'influence du traitement, elle ne tarda pas à se remonter. A aucun moment, il n'y eut de signes de fièvres, ni de signes de péritonite. La plaie iliaque droite guérit par première intention ; la plaie médiane présenta un peu de suppuration à sa partie inférieure ; il se fit même par là un peu d'écoulement stercoral.

L'anus iliaque fonctionna très bien, mais les fils qui maintenaient la muqueuse coupèrent et l'intestin livré à lui-même rentra peu à peu dans l'épaisseur de la paroi.

Fin mai, la malade se présentait dans l'état suivant : l'état général est très bon ; la malade a notablement engraisé ; ce qui ne l'empêche pas d'être encore très maigre, tellement elle avait été dans un état de dénutrition. L'appétit est bon ; les digestions se font bien. Mais la défécation se fait de plus en plus difficilement, comme si la bouche intestinale se rétrécissait. A aucun moment, il n'a passé quoi que ce soit par le bout inférieur.

A l'examen, le ventre est très excavé et la paroi très amincie. La cicatrice médiane est bonne, sauf à sa partie inférieure, où elle présente une petite fistule purulente, dont l'exploration conduit vers l'infundibulum de l'anus artificiel. Celui-ci se présente sous forme d'un petit entonnoir, qui s'enfonce en dedans et en arrière vers l'ombilic.

La malade étant pressée de guérir, une nouvelle intervention a lieu le 31 mai pour refermer son anus iliaque après avoir rétabli la continuité de son intestin.

Curettage de la fistule médiane et tamponnement ; puis incision médiane suivant l'ancienne cicatrice, mais très allongée en bas. Les anses grêles sont très adhérentes vers la gauche ; avec peine, on arrive à les isoler, en faisant à l'une d'elles une petite plaie qui est aussitôt réparée. On retrouve très difficilement le bout inférieur dont il faut libérer l'extrémité supérieure. Le bout supérieur est aussi très difficile à trouver au milieu des adhérences du grêle. En l'isolant, on l'arrache à son insertion à la paroi. Issue de matières solides qu'on éponge aussitôt ; fermeture provisoire avec une pince. Ouverture du bout inférieur assez pénible. Suture circulaire des deux bouts par des points isolés au catgut. Ce premier plan qui est fort tendu, est enfoui sous un deuxième plan séro-séreux par surjet au catgut, avec tension assez marquée des points. Ethérisation. Drainage par l'ancien orifice d'anus contre nature. Fermeture de la paroi en un seul plan au fil métallique.

Incision dans la fosse iliaque droite ; le cæcum est amené dans la plaie ; on l'ouvre assez largement et on fixe les quatre angles de l'incision à la peau.

Malgré la gravité du pronostic porté lors de l'opération, la

malade ne présenta aucune complication ; pas la moindre élévation de température, pas le moindre signe de réaction péritonéale.

Le drain est enlevé le sixième jour ; il n'a donné qu'un écoulement minime et sans caractère fécaloïde. Ce n'est guère qu'à la même époque que des gaz commencent à passer par l'anus naturel.

Les fils furent retirés au bout de douze jours. A ce moment, il s'était fait un petit abcès au niveau de la paroi.

L'anus cæcal fonctionnait bien et se rétrécissait peu à peu. Mais la malade étant un peu impatiente et voulant rentrer chez elle, il fallut se décider à refermer l'anus cæcal, ce qui était facile, le gros intestin fonctionnant bien.

Le 4 juillet, sous rachianesthésie, est pratiquée une incision losangique circonscrivant l'anus. La libération est poussée jusqu'au péritoine. Résection de la muqueuse prolabée et de la collerette de peau libérée. Suture du cæcum en trois plans : muqueux, séro-séreux longitudinal, enfoui sous un deuxième surjet séro-séreux à direction transversale. Libération du cæcum et des adhérences de l'épiploon.

Avivement de la paroi et suture en quatre plans sans drainage. La guérison s'effectua parfaitement bien et la malade pouvait rentrer chez elle.

Elle revint plusieurs fois se faire examiner. Elle conservait une petite fistule stercorale allant de la plaie médiane à la plaie latérale gauche, fistule très minime et donnant fort peu.

Mais, la malade finit par se tuberculiser et succomba en 1923, sans qu'on ait pu savoir la date exacte de son décès.

I. — Etiologie

AGE DE LA MALADE

Cet âge ne paraît pas avoir une influence bien sensible.

Sur 18 cas où nous avons l'indication de l'âge, nous constatons, en effet, 9 femmes de 20 à 30 ans, 6 femmes de 30 à 40 ans et 3 femmes seulement de plus de 40 ans.

Il semblerait donc que cette complication soit plus fréquente avant 30 ans et plus rare après 40 ans, mais il faut tenir compte que les grossesses sont beaucoup plus fréquentes de 20 à 30 ans qu'après 40 ans.

NOMBRE DE GROSSESSES ANTÉRIEURES

Sur 22 cas où nous trouvons des indications sur la parité, il s'agissait :

De I^{re} pare, dans 1 cas : DONALDSON (36 ans) ; de II^e pare, dans 7 cas : ATABEKOW (20 ans), WESTMANN (21 ans), MORESTIN (24 ans), KREIS (26 ans), SMIT (26 ans), HANDBORN (28 ans), OLIVIER (?); de III^e pare, dans 2 cas : BARTHEL (24 ans), SCHWARTZ (28 ans) ; de IV^e pare, dans 1 cas : SCHILLER (?).

Dans le cas intéressant de MATRY, le premier volvulus

survint chez une IV^e pare de 36 ans et récidiva lors d'une V^e grossesse.

Toutes les autres femmes étaient de grandes multipares. L'une est simplement mentionnée comme multipare sans autre précision (PIOTROWSKI) une autre avait déjà eu 8 avortements d'origine syphilitique (GOTTSCHALK, 39 ans). Pour les autres, nous trouvons deux VI^e pares : GONZALEZ (?), GUIBÉ (41 ans), une VIII^e pare : BRET-
TAUER (37 ans), une IX^e pare : G. BRAUN (34 ans), une XI^e pare : PIOTROWSKI (?), une XIII^e pare : H. BRAUN (43 ans), et une XV^e pare : BECKER (45 ans).

Il semble donc, étant donné que la fréquence des grossesses diminue avec leur répétition, qu'un nombre déjà assez important de grossesses prédispose au Volvulus de l'S iliaque.

AGE DE LA GROSSESSE

A quel âge de la grossesse apparaît le Volvulus ? E. BOHLER, étudiant 143 cas d'occlusion intestinale, conclut :

1° L'augmentation du nombre des occlusions est indiscutable à partir du IV^e mois, elle reste approximativement stationnaire jusqu'au IX^e mois ;

2° A la fin de la grossesse, pendant l'accouchement et le post-partum, le nombre des occlusions atteint sa plus grande fréquence.

Il semble bien en être ainsi dans nos cas :

Nous trouvons : au III^e mois : H. BRAUN, au IV^e mois GOTTSCHALK, WESTMANN, au V^e mois, BONNEY et BRIDGES, au VI^e mois, LAMPE, MARKOWA (2 cas), HANDHORN, GON-

ZALEZ, JANKOWSKI, au VII^e mois, BRETTAUER, au VIII^e mois, BARTHEL, BECKER, OLIVIER.

Rappelons que dans le cas de MATRY, le volvulus est survenu au VIII^e mois, lors de la première grossesse et au VII^e mois, lors de la récurrence.

Mais il est certain que c'est surtout à la fin de la grossesse, au IX^e mois et à terme ainsi que durant le travail et les suites immédiates de couches que le volvulus s'observe le plus fréquemment, puisque nous n'en trouvons pas moins de 12 cas, c'est-à-dire environ les deux cinquièmes des cas pour cette période de la grossesse.

Il est même assez curieux d'observer cette complication à la fin de la grossesse, à un moment où l'abdomen est presque entièrement rempli par l'utérus gravide et où il semblerait que l'S iliaque ne put y trouver une place suffisante pour se tordre.

II. — Pathogénie

Causes du Volvulus. — La cause du volvulus au cours de la grossesse ne nous est pas connue. Il n'y a pas lieu de nous en étonner, puisqu'en dehors d'elle, nous ne sommes guère plus avancés.

Dans deux cas, on invoque la constipation très marquée, mais n'est-ce pas là un état des plus fréquents au cours de la grossesse.

Dans quatre cas au moins le début des accidents semble avoir coïncidé avec un traumatisme, un effort en général. C'est ainsi qu'il aurait débuté à la suite d'un effort violent pour soulever un poids lourd, une lourde

corbeille dans le cas de BARTHEL, un lourd seau plein d'eau dans celui de LAMPE. Dans le cas de DONALDSON, la malade ayant glissé, fit un violent effort pour éviter la chute. Enfin, LAMPE, parle d'un cas où les accidents seraient survenus à la suite d'une violente rétraction des cuisses sur l'abdomen. Il est possible que le traumatisme ait joué le rôle principal en provoquant le volvulus, mais peut-être aussi, n'a-t-il agi qu'en complétant une torsion qui existait auparavant.

En tous cas un traumatisme n'est nullement nécessaire.

Enfin, dans un certain nombre de cas, le début des accidents a été précédé par une période plus ou moins longue de troubles abdominaux.

Dans le cas de G. BRAUN, pendant les derniers temps de la grossesse, il y avait des douleurs abdominales sous forme de coliques reparaissant de temps en temps dans le bas-ventre avec irrégularités de selles.

Dans le cas de BRETTAUER, une période de constipation de 14 jours avait précédé l'apparition des accidents aigus.

Dans le cas d'OLIVIER, une première grossesse avait été troublée par des accidents abdominaux, diagnostiqués salpingite. Lors de la grossesse en cours, il y avait depuis trois mois à trois mois et demi des troubles intestinaux avec météorisme et douleurs.

La malade de SCHILLER présentait depuis trois semaines des douleurs de ventre. BONNEY et BRIDGES signalent que chez leur malade, il y avait des signes d'occlusion intestinale chronique depuis 2 ans.

Par contre, dans le cas de MATRY, les deux fois l'occlusion éclata brusquement sans prodromes.

III. — Anatomie Pathologique

Dans un cas, on note un S iliaque anormal : cas de BONNEY et BRIDGES. Le côlon descendant se continuait sessile par dessus le détroit supérieur et descendait sur la paroi latérale du pelvis, jusque tout près, 25 m/m, de l'origine du rectum. Telle était donc la longueur de l'insertion du mésocolon pelvien et de cette base, il s'étendait en éventail vers le bord mésentérique de l'énorme anse mobile que formait le côlon pelvien. Cette anse se trouvait donc entièrement pédiculée et la torsion s'était faite au niveau de ce pédicule.

Le degré de torsion est assez souvent indiqué : Il était de 135° dans le cas de SCHILLER, de 180° dans les cas de H. BRAUN, HANDHORN, PIOTROWSKI et WESTMAN, de 240° dans le cas de KREIS, de 360° (un tour entier) dans les cas de ATABEKOW, BECKER, BRETTAUER, JANKOWSKI, SMIT, d'un tour et demi dans les cas de BARTHEL, DONALDSON, GUIBÉ ; de deux tours dans les cas de G. BRAUN, MATRY et PIOTROWSKI.

Quant au sens de la torsion, nous ne le trouvons indiqué que dans quatre cas. Dans le cas de MORESTIN, l'intestin était tordu dans le sens de la marche des aiguilles d'une montre, au contraire dans les cas de FLORENCE, GUIBÉ et MATRY, il était tordu en sens inverse.

L'S. iliaque n'est pas toujours le seul organe compris

dans le volvulus, parfois l'intestin grêle se trouve plus ou moins entraîné dans la torsion.

Dans le cas de BECKER, l'S iliaque muni d'un méso-colon long et mobile était tordu de 360° autour de la base du mésentère du grêle, si bien que les deux mésos, s'étranglaient mutuellement. Il y avait ainsi $\frac{1}{4}$ mètres et demi de grêle et 30 cm. d'anse iliaque étranglés.

Dans le cas de DONALDSON, on trouve un volvulus de l'S iliaque englobant aussi une longue anse d'intestin grêle.

Dans le cas de SMIT, il y avait une double torsion de l'S iliaque et en plus, de tout l'intestin grêle, du caecum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse.

Enfin dans le cas de WESTMAN, plus de la moitié du grêle avait glissé à gauche du côlon par dessous le sigmoïde tordu et s'était à son tour tordue de 180° : le mésentère tordu passait en dessous du mésentère de l'S iliaque qui l'étranglait.

Dans le cas de GOTTSCHALK, l'Utérus était tordu de telle sorte que son bord gauche et les annexes gauches étaient en avant.

Quelquefois des brides ou des adhérences viennent compliquer la situation. Dans le cas de KREIS, il existait, un large ligament allant de l'Utérus à l'S iliaque, qui tiraillé par ce ligament se trouvait coudé et tordu. Dans le cas de SCHILLER, il y avait des adhérences de l'S iliaque au ligament infundibulo pelvien et à la paroi postérieure de l'Utérus.

Il nous paraît superflu d'insister sur les lésions de l'intestin, dues à la torsion et qui du fait de la grossesse concomitante, n'offrent rien de particulier.

L'anse intestinale tordue se loge là où elle trouve de la place c'est-à-dire à la région épigastrique, dans l'hypo-chondre gauche et dans le flanc gauche.

IV. — Symptomatologie

Les accidents du Volvulus peuvent éclater brusquement, mais bien souvent quand on interroge les malades avec soin, on relève dans leurs antécédents des renseignements intéressants.

Parfois les accidents avaient existé lors d'une grossesse précédente (OLIVIER). Parfois pendant une durée plus ou moins longue, la grossesse en cours avait été troublée par des douleurs (G. BRAUN). Une constipation rebelle est souvent signalée mais c'est là, un fait tellement banal qu'il n'y a guère lieu d'y insister.

Rappelons ici le cas de la malade de MATRY qui ayant été opérée pour un volvulus lors d'une grossesse, fit de nouveaux accidents et dut être opérée de nouveau, lors d'une grossesse ultérieure.

Nous avons vu de même que, si les accidents apparaissent souvent spontanément, il n'est pas exceptionnel de les voir survenir après un effort ou une chute.

Quelle qu'en soit la cause et quels qu'aient été les antécédents, le début de l'affection peut se faire d'une façon aiguë ou d'une façon lente et insidieuse.

Nous trouvons un début aigu dans 8 cas : Dans le cas

de H. BRAUN, début par de violentes coliques. Dans le cas de BECKER le début se fit au milieu de la nuit sans aucune raison, tandis que dans les cas de LAMPE, BARTHEL et DONALDSON, l'origine traumatique paraît s'imposer (après avoir soulevé un poids lourd ou avoir glissé dans la rue). Dans les deux cas de la malade de MATRY le début s'est fait brusquement. Il en fut de même dans les cas de HANDHORN et de JANKOWSKI.

Dans les autres cas, au contraire, le début est survenu lentement et insidieusement, bien souvent par accentuation de troubles déjà existants (constipation, douleurs abdominales), ce sont les cas de GOTTSCHALK, GUIBÉ, MORESTIN, OLIVIER, BRETTAUER et G. BRAUN.

Les signes de l'affection sont ceux d'une occlusion intestinale aiguë, banale : douleurs abdominales vives, vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme abdominal.

L'arrêt des matières et des gaz peut n'être pas absolu au début dans les cas à début lent : c'est ainsi que dans le cas de GUIBÉ pendant plusieurs jours, il n'y eut qu'un arrêt incomplet des matières et des gaz. Les signes physiques sont moins nets qu'en l'absence de grossesse et leur netteté est en rapport inverse avec le volume de l'utérus, c'est-à-dire avec l'âge de la grossesse. Plus l'utérus est petit et mieux se manifeste la distention abdominale qui peut arriver à devenir gigantesque. C'est vers la partie supérieure de l'abdomen que se développe la tumeur formée par l'anse distendue et que se voient les contractions intestinales chez les sujets suffisamment maigres.

Comme dans toutes les occlusions bas situées sur le gros intestin, les vomissements sont rares et tardifs.

V. — Diagnostic

Porter en pareil cas, le diagnostic d'occlusion intestinale n'est pas très difficile : le tableau est généralement typique et ne permet guère de se tromper. Mais ce qui est plus difficile, c'est de préciser ce diagnostic et d'affirmer l'existence du Volvulus.

Je ne crois pas que ce diagnostic ait jamais été posé d'une façon nette. On pourrait y penser, car c'est là, croyons-nous une forme fréquente d'occlusion au cours de la grossesse et surtout à son terme.

On y pensera surtout si on trouve à côté de l'Utérus et particulièrement au-dessus de lui, à l'épigastre ou dans le flanc gauche une tumeur volumineuse et présentant des contractions.

D'ailleurs, il convient de dire que ce diagnostic n'a qu'une importance minime. Quelle que soit la cause de l'occlusion, il faut intervenir pour lever l'obstacle et si le diagnostic n'est pas fait avant la laparotomie, il se fera rapidement au cours de celle-ci qui montrera une anse distendue et tordue à sa base.

VI. — Pronostic

Le pronostic est à envisager au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant.

Au point de vue maternel, il est sérieux, nous avons

trouvé 26 cas opérés et ces 26 cas ont donné 10 morts, 15 guérisons et un résultat inconnu. Tous les cas non opérés ont succombé. (G. BRAUN, BECKER, JANKOWSKI).

Mais il convient de remarquer que la plupart des cas de mort sont des cas anciens, tandis que la majorité des cas récents ont guéri.

Avant 1900 : 3 cas, 3 morts (BARTHEL, H. BRAUN, GOTTSCHALK).

De 1900 à 1915 : 13 cas, 4 morts (PIOTROWSKI 2 cas, MORESTIN, OLIVIER), 8 guérisons (BRETTAUER, LAMPE, SCHWARTZ, ATABEKOW, MARKOWA 3 cas, SMIT), 1 inconnu (FLORENCE).

Depuis 1915 : 10 cas, 3 morts (HANDHORN, GONZALEZ, WESTMAN), 7 guérisons (BONNEY et BRIDGES, DONALDSON, KREIS, SCHILLER, MATRY 2 cas, GUIBÉ).

Pour l'enfant, la gravité est extrême, nous n'avons, en effet, trouvé que 6 cas où l'enfant n'ait pas été expulsé ou ne soit pas mort dans la crise ou lors de l'accouchement. Une fois, il a été obtenu vivant par Césarienne à terme (DONALDSON), les trois autres fois, la grossesse a continué et est allée jusqu'au terme (LAMPE, SCHILLER, MATRY). Deux fois, les accidents ont débuté au commencement de l'accouchement qui s'est passé normalement (MORESTIN, KREIS).

VII. — Traitement

Il n'existe qu'un seul traitement de cette affection, c'est le traitement chirurgical. Sitôt le diagnostic d'occlusion intestinale posé, il faut intervenir.

Dans le cas de GUIBÉ que nous avons plus spécialement rapporté, le Chirurgien ayant temporisé, faillit perdre sa malade. Mais ici, l'occlusion était incomplète, la malade était à terme, l'accouchement était attendu d'un jour à l'autre. S'il a attendu, c'est qu'il ne pensait pas à un Volvulus, mais à une coudure de l'intestin déplacé par l'augmentation de volume de l'utérus et qu'il espérait qu'après l'accouchement qui était imminent, les choses pourraient s'arranger d'elles-mêmes. Ce fut l'inverse qui se réalisa.

Ce traitement chirurgical consistera schématiquement à pratiquer une laparotomie médiane, à découvrir l'anse tordue, à l'amener à l'extérieur, à la détordre, à évacuer son contenu à l'aide d'une sonde rectale et à la rentrer dans l'abdomen. Sauf indication urgente on ne pratiquera pas de résection intestinale, même pas de colopexie. Ce n'est que dans le cas où l'anse tordue serait menacée dans sa nutrition et à plus forte raison, quand elle est gangrenée, qu'on pratiquera une résection intestinale avec abouchement des deux bouts à la peau.

Mais l'opération ne se présente pas dans les mêmes conditions suivant qu'on a affaire à une grossesse peu avancée à 3 ou 4 mois par exemple, ou à une grossesse à terme ou près du terme.

Dans le premier cas, l'opération se pratiquera comme nous venons de le dire, mais dans le deuxième cas, on sera gêné par le volume de l'utérus et on se trouvera ainsi conduit à réduire ce volume en vidant l'organe par une opération césarienne.

Tant que la grossesse est loin du terme, on ne doit pas

toucher à l'utérus. Sans doute, le plus souvent l'avortement est la conséquence de l'occlusion ou de l'opération. BOHLER indique que suivant les auteurs les deux tiers ou les trois-quarts des femmes avortent. Mais comme l'avortement n'est pas fatal, on ne doit pas toucher à l'utérus dans l'espoir de voir la grossesse suivre son cours, tout en sachant bien qu'elle est fort menacée.

Les choses changent à partir du moment où le fœtus est viable, il semble cependant qu'entre le 6^e et le 9^e mois, il est préférable de s'abstenir de toucher à l'utérus. Mais dans le dernier mois, l'enfant est devenu facilement viable et on est alors autorisé à pratiquer une césarienne.

Il est certain, en effet, que d'une part, l'utérus gravide est fort gênant et que, d'autre part, laisser la femme accoucher spontanément constitue pour elle, un gros choc surajouté au choc opératoire. Ne vaut-il pas mieux pratiquer une césarienne qui aura l'avantage en réduisant le volume de l'utérus de rendre les manœuvres abdominales plus faciles et qui amènera au jour, un enfant dont la vie peut être menacée, du fait de la mort possible de sa mère et dont la naissance n'occasionnera à cette mère qu'un choc minime. En outre, l'accouchement se produisant chez une malade laparotomisée provoquerait des douleurs vives lors des contractions des muscles de l'abdomen, ce qui gênerait l'expulsion.

On ne voit pas l'avantage qu'il y aurait à provoquer l'accouchement pour opérer ensuite. Ce procédé, qui a été utilisé par BECKER, qui n'a d'ailleurs pas opéré ensuite, ne nous paraît pas recommandable, c'est ajouter au

choc de l'accouchement, le choc de l'opération qui va suivre. Avec les perfectionnements actuels de la technique chirurgicale, il paraît préférable de commencer par pratiquer une césarienne abdominale, puis l'utérus ayant été ainsi réduit, on pourra plus facilement intervenir sur l'intestin.

L'opération césarienne abdominale n'a été pratiquée que dans trois cas. Nous manquons de renseignements sur le cas de PIOTROWSKI, où mère et enfant succombèrent. Dans le cas de FLORENCE, la malade était moribonde, il s'agissait de sauver l'enfant encore vivant par une césarienne in extremis. L'enfant fut extrait, mais mourut. On put ensuite pratiquer la détorsion du Volvulus, sans pour cela sauver la mère, dont l'état était trop grave. Enfin, dans le cas de DONALDSON, où mère et enfant survécurent, la césarienne fut pratiquée pour débayer le champ opératoire, encombré par l'utérus gravide et permettre d'y voir. Après la césarienne, le Volvulus fut facilement trouvé et la détorsion effectuée.

L'opération de beaucoup la plus pratiquée est la détorsion de l'anse tordue, ce qui est le traitement rationnel du Volvulus.

Nous devons toutefois signaler, à cet égard, le cas de H. BRAUN, qui fit une laparotomie et une entérostomie, sans s'occuper de la cause de l'occlusion intestinale. Mal lui en prit, car il lui fallut réintervenir le lendemain pour pratiquer la détorsion de l'anse tordue.

Dans un certain nombre de cas, la détorsion fut complétée par une ouverture de l'anse intestinale, cette entérostomie étant destinée à aider l'évacuation de l'anse

tordue. Outre le cas de H. BRAUN, nous trouvons les cas de BRETTAUER, BONNEY et BRIDGES, GOTTSCHALK et OLIVIER.

En pareil cas, il y a une faute à éviter, qui a été commise par BONNEY et BRIDGES. Elle consiste à aboucher l'intestin à la paroi dans l'incision médiane. Dans leur cas, à cause de l'état précaire de l'opérée, ils abouchèrent l'intestin à la peau, à la partie supérieure de leur incision médiane. Mais avec le développement de l'utérus, il survint des accidents. Au sixième mois, l'utérus commençait à tirailler l'anse fixée trop bas ce qui les obligea, cinq semaines après l'opération primitive, à intervenir de nouveau et par une césarienne vaginale à extraire un fœtus mort de 6 mois et demi après perforation de la tête fœtale.

Mais il arrive qu'on se trouve après détorsion en présence d'une anse gangrénée, qu'il est impossible de réintégrer dans l'abdomen. Dans ce cas, nul doute que la résection s'impose. Mais elle peut se faire de plusieurs manières.

SMIT trouvant l'anse gangrénée, se contenta de l'extérioriser et attendit la chute de la partie sphacélée.

Plus souvent, l'anse a été extériorisée, la partie mortifiée immédiatement réséquée et les deux bouts fixés à la peau, avec ou sans rétrécissement de la bouche intestinale par une suture incomplète. Cas de HANDHORN, MORESTIN, GUIBÉ, MATRY.

Mais la continuité de l'anse a été rétablie immédiatement soit par suture bout à bout (GONZALEZ) soit par anastomose latérale (ATABEKOW).

Ces résections n'ont donné que deux morts (MORESTIN, GONZALEZ) et cinq guérisons (SMIT, HANDBORN, GUIBÉ, MATRY, ATABEKOW).

OBSERVATIONS

I

G. BRAUN. — *Die Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Graviditat und Geburt* (Wiener medizinische Wochenschrift 1885, T. 35, pp. 761-765).

Femme de 34 ans, IX^e pare au 9^e mois de sa grossesse, Douleurs dans les derniers temps de la grossesse sous forme de coliques reparaisant de temps en temps dans le bas-ventre. Constipation et coliques. Pas de selles depuis 8 jours. Les 3 derniers jours, les coliques ont redoublé. Nausées sans vomissements. Le jour de l'admission, abdomen très météorisé, douloureux. Pas de bruits du cœur. 6 lavements amènent une garde-robe. Le soir attaque d'éclampsie, aussi pas de laparatomie.

Deux jours après, accouchement spontané d'un enfant à terme mort. Après 3 nouveaux jours, mort de la mère en collapsus.

Autopsie : Volvulus de l'S iliaque et péritonite secondaire.

II

ASSMUTH-BARTHEL. *Laparatomie Wegen Volvulus. Protokolle des Vereins St-Peterburg. Arzte*, 18 fév. 1886 (in *St-Petersburger medizinische Wochenschrift*, 1886, p. 148).

Femme de 24 ans, III^e pare, enceinte de 8 mois.

Le 7 janvier, en lavant a soulevé une pesante corbeille.

Subitement a ressenti une douleur violente dans le bas-ventre, suivie de vomissements abondants. Depuis, plus de selles.

Le 9 janvier, température 38°8. Orifice utérin entrouvert de 2 doigts. Pas de bruits du cœur. Application de forceps et extraction d'un enfant mort. Le 10, température 37°5. Pouls : 100. Diaphragme très élevé ; matité hépatique remontant jusqu'au-dessous de la 8^e côte. Abdomen très fortement tendu un peu sensible. Au-dessus de l'ombilic un peu à gauche et au-dessous, on trouve une partie particulièrement résistante et tendue.

Pas de douleurs, 2 vomissements, lavement de 1 litre qui n'est pas rendu. Après un 2^e lavement, le liquide ressort avec force. Lavage d'estomac : liquide modérément fécaloïde.

Laparotomie au bout de 59 heures. Volvulus de l'S iliaque, détorsion de un tour et demi, Issue des gaz, par l'anus, suture. Amélioration, mais bientôt collapsus et mort 60 heures après l'opération, le 12 janvier.

Autopsie : Péritonite purulente. Pas de gangrène de l'intestin, mais un point d'étranglement très net de coloration noirâtre.

III

H. BRAUN. — *Über die operative Behandlung der Axendrehung der flexura sigmoïdea* (Archiv für Klinische chirurgie, 1892, T. 43, p. 164-195).

Femme de 43 ans, XIII^e pare, au 3^e mois de sa grossesse. Depuis 4 jours violentes coliques et gonflement rapide de l'abdomen. Ni matières ni gaz. Vomissements.

Laparotomie : Anus artificiel.

Le lendemain, 2^e laparotomie. S iliaque tordu de 180° autour de son axe. Détorsion.

5 heures plus tard, mort.

IV

GOTTSCHALK. — *Zur Lehre von der retroversio uteri gravidæ, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft* (Archiv für gynäkologie, 1894, T. 46, p. 361).

Femme de 39 ans, ayant eu en 10 ans de mariage 8 avortements syphilitiques. Au 4^e mois de sa grossesse.

Depuis 6 jours, arrêt des matières et fortes douleurs dans le bas-ventre particulièrement à gauche. Nausées, 2 vomissements muqueux seulement. Abdomen surdistendu. Utérus fortement retroversé et immobilisé, situé dans la moitié droite du bassin. Moitié gauche du bassin occupée par une masse de grande dimension un peu dépressible. Limite supérieure impossible à préciser. Siège en avant de l'utérus.

Laparotomie. S iliaque énorme, deux fois gros comme le bras d'un adulte, tordu autour de son axe. Utérus tordu par l'S iliaque déplacé. Détorsion de l'S iliaque. Ponction, puis entérostomie. Mort au bout de 11 heures.

V

BRETTAUER. — *A case of Volvulus of the large intestine complicating pregnancy. Recovery* (The american journal of obstetrics 1903. T. 48, p. 356-358).

Femme de 37 ans, VIII^e pare, au 7^e mois de sa grossesse. Depuis 14 jours constipation, depuis 2 jours pas de gaz. Collapsus, pouls à 110-120 ; anxiété, cyanose, dyspnée. Abdomen ballonné et tendu. Accouchement provoqué d'un enfant n'ayant vécu que quelques heures. Par le rectum on sent un obstacle à 36 cm. Le 13 février : Laparotomie : Volvulus du côlon sigmoïde et du côlon descendant avec leurs mésentères tordus de 360° et de coloration noirâtre sur une longueur de 70 cm. Détorsion de l'Intestin. Fixation de l'intestin à la partie inférieure de la plaie abdominale. Anus artificiel avec tube de Paul.

Le 8 avril : Colostomie cœcale.

Le 29 avril : Résection de l'anus et suture ; guérison.

VI

PIOTROWSKI. — *Occlusion intestinale aiguë pendant la grossesse et les suites de couches (en polonais)* (Przegląd lekarski 1903, n^{os} 32-35. Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1905, page 249).

Multipare faisant de l'occlusion à la fin de la grossesse.

Laparotomie : adhérences entre la paroi abdominale et l'S iliaque ; celui-ci deux fois tordu. Immédiatement après l'opération, travail, forceps. Quelques heures plus tard, mort.

VII

PIOTROWSKI. — (*ibidem*) XI^e pare. Signes d'Ileus, accouchement au début. Laparotomie : Adhérences de l'épiploon à la paroi utérine gauche. S iliaque tordu de 180°, Opération césarienne. Mort au bout de 36 heures.

VIII

MORESTIN. — *Volvulus de l'S iliaque au terme de la grossesse* (Bulletin de la société anatomique de Paris, 1904, p. 624).

Femme de 24 ans, II^e pare, au terme de sa grossesse (la première-grossesse ayant été normale).

Le 24 août : Douleurs dans la région ombilicale et le côté gauche. Ballonnement graduel du ventre bientôt énorme. Pas de vomissements. Au bout de 5 jours, travail et accouchement d'un enfant vivant. A la suite, état de plus en plus alarmant.

MORESTIN la voit le 30 août : Etat très grave, météorisme énorme, voussure spéciale sus ombilicale sous forme d'une boule rénitente. Depuis 5 jours, ni selle, ni gaz, pas de vomissements, nausées. Laparotomie le 30, Volvulus de l'S iliaque, de coloration vert bleuâtre. Issue violente de l'anse au dehors avec rupture de la séreuse. Ponction. Torsion dans

le sens des aiguilles d'une montre. Anse complètement sphacélée. Ventre plein de liquide putride.

Resection large de l'anse, détorsion, excision après ligature. Drainage. Mort le 31 à 5 heures du matin.

IX

Ad. OLIVIER. — *Note sur un cas d'occlusion intestinale au cours de la grossesse (Annales de la Polyclinique de Paris, avril 1905, pp. 73-79).*

Femme enceinte de 7 mois $\frac{1}{2}$, II^e pare, dont la première grossesse avait été troublée par des accidents abdominaux diagnostiqués salpingite, terminée néanmoins à terme.

Depuis le 4^e mois, troubles intestinaux, météorisme, douleurs.

Le 22 mars au matin, douleurs abdominales intermittentes, puis ballonnement du ventre. Sur la ligne médiane, tumeur simulant la vessie distendue, mais le cathétérisme ne ramène qu'à peine d'urine.

L'occlusion se précise peu à peu : ventre énorme, tympanique, irrégulier. Borborygmes et contractions intestinales sous la peau.

Le 26 mars au matin : Opération par ROUTIER. Torsion de l'S illiaque.

Ponction pour évacuer. Après détorsion, anus artificiel.

Le 27 mars, accouchement d'un enfant mort depuis 24 heures au moins.

Le 1^{er} avril mort avec phénomènes d'ictère grave.

X

G. BECKER. — *Die Achsendrehung des Dickdarms in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1908, T. 28, pp. 155-162).*

Femme de 45 ans, XV^e pare, Dernières règles fin janvier.

Dans la nuit du 28-29 septembre, vers 1 heure, violentes

douleurs dans le ventre. Une heure plus tard, vomissements qui se répètent le matin. Entre le soir à la clinique : Agitation, yeux excavés, respiration superficielle et accélérée, pouls petit à 120.

Abdomen très ballonné et très sensible, plus douloureux à gauche qu'à droite. Quelques petites contractions utérines.

Accouchement provoqué. A 9 h. 10, naissance d'une fille morte. Amélioration de peu de durée et mort sans opération.

Autopsie : Anses très météorisées avec dépôts fibrineux.

S iliaque muni d'un mésocôlon long et mobile, tordu de 360° autour de la base du mésentère du grêle, si bien que les mésentères s'étranglent réciproquement. 4 m. $\frac{1}{2}$ du grêle et 30 cm. de l'S iliaque étaient gangrenés.

XI

LAMPE. — *Der Volvulus der Flexura sigmoïdea in der Gynäkologie und Schwangerschaft* (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1909, T. 29, pp. 405-417).

Femme enceinte de 6 mois. En levant un lourd seau d'eau, subitement a ressenti une violente douleur dans le bas-ventre. Elle dut s'asseoir et eut une syncope. Pas de vomissements, mais arrêt des matières et des gaz avec météorisme très rapide. Dans l'après-midi du 2^e jour, apparition de vomissements qui se répètent fréquemment le 3^e jour.

Entre le matin du 4^e jour. Tympanisme très marqué de la partie supérieure de l'abdomen, particulièrement à gauche.

Laparotomie : Utérus médian, un peu repoussé à droite par un Volvulus de l'S iliaque qui s'est relevé à gauche. Guérison. La grossesse continue son cours.

XII

SCHWARZ (Elbing). — *Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie*, 23 janvier 1909 (Ref. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1909, T. 29, p. 531).

Femme de 28 ans, III^e pare, au 9^e mois de sa grossesse.

Entre à l'hôpital pour occlusion intestinale typique : ballonnement de l'abdomen, vomissements fécaloïdes. De plus, violentes coliques utérines, avec dilatation du col comme une pièce d'un mark. Accouchement accéléré, par dilatation artificielle et terminé au bout de 6 heures.

Laparotomie : Volvulus de l'S iliaque. Ponction de l'intestin et Détorsion.

Guérison.

XIII

ATABEKOW. — (*Journal für Geburstshülfe und Gynakologie*, 1910 [en russe] Ref *Zentralblatt für Gynakologie*, 1911, p. 1.137).

Femme de 20 ans II^e pare au terme de sa grossesse.

L'arrêt des matières survenant au début du travail, on accéléra l'accouchement par perforation de l'enfant. Néanmoins les symptômes d'occlusion persistèrent.

Laparotomie : Torsion de 360° de l'S iliaque autour de son méso, long et cicatriciel. Resection de 35 cm. d'intestin. Anastomose latéro latérale Guérison.

XIV

JANKOWSKI. — *Der volvulus des Dickdarms* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1913, T. 124, p. 298).

Femme de 26 ans, au 6^e mois de sa grossesse.

Depuis 6 jours, symptômes d'occlusion, coliques, vomissements, arrêt des matières et des gaz, purgation restée sans effet.

A son entrée, visage cyanosé. Température 36°8, pouls à 128, filiforme et irrégulier. Abdomen ballonné comme un tonneau surtout à l'étage supérieur. Tympanisme.

En dépit de la mise au monde d'un fœtus de 30 cm., persistance des douleurs avec aggravation de l'état général.

Mort 15 heures après cet avortement sans qu'il y ait eu d'opération.

Autopsie : Enorme distension de l'S iliaque (10 cm. de diamètre) tordu de 360° autour de son axe. Le sommet de l'anse siège à l'épigastre. En outre péritonite, un litre et demi de sérosité purulente dans la cavité abdominale.

XV

FLORENCE. — *Occlusion intestinale et grossesse* (Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. 1914, p. 219).

Femme enceinte amenée mourante à la maternité de Hué (Inde-Chine).

Histoire clinique : néant. Césarienne agonique, enfant mort.

Dilatation énorme de l'S iliaque, tordu sur son méso en sens inverse de la marche des aiguilles d'une montre.

Le Volvulus réduit, l'anse qui présentait dans sa plus grande largeur 65 cm. de circonférence, s'affaissa insensiblement.

Les anses grêles étaient normales quant à leur ampliation. Ni sur l'intestin, ni sur le péritoine, on ne relevait aucune trace d'inflammation.

L'S iliaque ayant étiré considérablement, le rectum, était venu se loger au creux épigastrique et se trouvait entièrement au-dessus de l'Utérus.

XVI - XVII - XVIII

MARKOWA. — (*Przegląd lekarski* 1914, N° 23, Ref. *Zentralblatt für Gynakologie* 1914, T. 38, p. 1.179).

L'auteur décrit trois cas dans lesquels un volume de l'S iliaque a déterminé une occlusion intestinale. Dans l'un des cas les symptômes ont éclaté au moment de l'accouchement, dans les deux autres, au sixième mois de la grossesse.

Tous ont été opérés et ont guéri.

XIX

L. SMITH. — *Ein Fall von doppeltem volvulus während der Gravidität* (Medicinsk revue, Bergen, 1914, p. 317. Ref Zentralblatt für Gynäkologie, 1915, p. 440).

Paysanne de 26 ans, II^e paré, au 9^e mois de sa grossesse. Apparition de coliques, de vomissements. Deux jours plus tard, au cours du voyage en mer pour se rendre à la clinique, mise au monde d'un enfant vivant qui allait- cependant bientôt mourir.

Admission à la clinique, deux jours et demi après l'apparition des premiers symptômes.

Laparotomie : 1^o torsion de 360° de l'S iliaque totalement gangrené ; 2^o torsion de 180° de tout l'intestin grêle, ainsi que du caecum, du côlon ascendant et de la moitié du côlon transverse sans troubles de la nutrition de ces organes.

Mésocaecum et mésocolon l'un et l'autre de longueur anormale. La portion d'intestin gangrenée fut extériorisée dans l'attente d'une démarcation spontanée entre le mort et le vif. Guérison.

XX

BONNEY and E. CHITTENDEN BRIDGES. — *Pregnancy complicated by volvulus of the pelvic colon* (British medical journal, 1919, 27 décembre, p. 846).

Femme enceinte de 5 mois présentant des signes d'obstruction intestinale aiguë. Etat général mauvais. violente douleur, abdomen très ballonné. 1^{re} opération : Laparotomie médiane. Enorme volvulus du côlon pelvien, si volumineux qu'après détorsion l'anse intestinale était assez longue pour aller de la plaie au plancher de la salle et revenir au ventre. Intestin non seulement très distendu, mais très hypertrophié. Anomalie anatomique consistant en ce que le côlon descendant se continuait sessile par dessus le détroit supérieur et descendait sur la paroi latérale du pelvis jusqu'à 1 pouce de l'origine du rectum.

Prenant insertion sur cette courte longueur de base, le méso-côlon pelvien s'étendait en éventail vers le bord de l'énorme anse mobile que formait le côlon pelvien de sorte que l'anse était en quelque manière pédiculée. La torsion s'était faite au niveau du pédicule, à la jonction du côlon et du rectum.

La paroi de l'intestin était très épaissie, et sa lumière rétrécie, d'où il résultait qu'un certain degré d'occlusion intestinale chronique avait existé quelque temps avant l'attaque aiguë. En fait il y en avait des signes depuis 2 ans!

Détorsion, incision de l'intestin, issue d'une grande quantité de gaz et de liquide fécaloïde. Même une fois aplati, l'intestin était si volumineux qu'il était impossible de le rentrer dans l'abdomen. Suture à la partie supérieure de la plaie (colostomie). Le reste de l'intestin est laissé en dehors de l'abdomen formant une tumeur grosse comme trois fois le volume d'un poing d'adulte. On ne s'occupe pas de l'utérus, l'état de la malade ne permettant pas la prolongation de l'opération.

2^e opération : Suppuration abondante autour de la colostomie. Il fallut plusieurs semaines pour que la portion extérieurisée de l'intestin se ratatinât jusqu'à un volume raisonnable.

Mais il fallait s'occuper de la grossesse, car la position de l'anse fixée à la paroi ne permettait pas à l'utérus d'acquiescer le volume d'un utérus grévide de plus de 6 mois.

Cinq semaines après la première opération, opération césarienne vaginale : Extraction d'un fœtus mort de 6 mois $\frac{1}{2}$ après perforation de la tête fœtale. Suites opératoires satisfaisantes malgré une légère attaque de thrombose fémorale trois semaines après l'opération.

3^e opération : Deux mois plus tard, la colostomie étant en bon état et l'utérus ayant achevé son involution, laparotomie : Libération de l'anse fixée à la paroi, Résection de tout le côlon pelvien.

Abouchement et suture du côlon descendant au rectum.

Guérison qui persiste actuellement.

XXI

DONALDSON. — *Pregnancy complicated by volvulus of the sigmoid flexure, causing intestinal obstruction* (*British medical journal*, 13 décembre 1919, p. 774).

Femme de 36 ans, primipare, au 9^e mois de sa grossesse, toujours constipée. Ayant glissé dans la rue, sans toutefois tomber, ressentit une douleur dans le côté. Trois jours plus tard elle appelle le médecin parce que depuis cet accident elle n'a pas eu de selles. Douleurs intermittentes si bien que le médecin pense à un début de travail. Cependant pas de signes de contractions utérines, pas de dilatation du col. Malgré lavements et purgatifs, pas de selles, ni de gaz.

Deux jours plus tard, on porte le diagnostic d'obstruction intestinale. Entre à la maternité de St-Bartholomew. Etat général assez bon, pouls et température normaux. Pas de vomissements, signes de grossesse, mais en plus abdomen très distendu, surtout dans sa moitié supérieure. Tout l'abdomen élargi. Signes de grossesse, mais en plus abdomen très distincte du fait de la distension intestinale. Tout l'organe est fortement repoussé à gauche. Pas de signes d'obstruction dans le bassin au toucher vaginal ni rectal.

Intervention immédiate : Laparatomie : une petite quantité de liquide libre stérile dans l'abdomen. Impossibilité d'explorer l'intestin sans avoir vidé l'utérus. Opération césarienne, puis l'utérus est extrait de l'abdomen pour permettre l'examen de l'intestin. Le côlon pelvien, le côlon transverse ainsi qu'une longue anse d'intestin grêle sont très distendus. On finit par trouver un volvulus de l'S iliaque englobant aussi une longue anse d'intestin grêle. Le volvulus consistait en une torsion d'un tour et demi, mais non assez serrée pour avoir provoqué de la gangrène de l'intestin.

Détorsion, évacuation du côlon par un tube rectal.

L'anesthésiste considérant l'état de la malade comme grave, fermeture de l'abdomen, sans colopexie. Durée de l'opération : 40 minutes. Guérison de la mère et de l'enfant.

XXII

KREIS (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1920, p. 976).

Femme de 26 ans, II^e pare, prise de douleurs abdominales durant l'accouchement, douleurs qui devinrent encore plus violentes après l'accouchement. Trois jours plus tard, symptômes manifestes d'occlusion intestinale. Laparatomie : Torsion de 240° du colon descendant et de l'S iliaque. Un large ligament allait du bord de l'utérus à l'S iliaque qui attiré en bas par ce moyen se trouvait coudé et tordu. Le ligament fut sectionné. Guérison.

XXIII

HANDHORN. — *Iléus in der Schwangerschaft* (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1922, T. 46, pp. 1.057-1.062).

Femme de 28 ans, II^e pare, au sixième mois de sa grossesse. Début brutal : A 8 h. $\frac{1}{2}$ coliques, à midi émission de sang par l'anus. Laparotomie : volvulus de l'S iliaque tordu de 180°. Détorsion. Longueur de l'S iliaque. Mesosigmoïde épais, rétractile appliquant l'une contre l'autre les deux branches de l'anse.

Résection. Mort.

XXIV

GONZALEZ. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Buenos-Aires*, 5 juin 1924 (*Semana medica* 1924, T. 31, n° 29, pp. 158-161).

Femme, IV^e pare au 6^e mois de sa grossesse envoyée avec des signes évidents d'occlusion intestinale. Par le toucher rectal on diagnostique une sténose du côlon sigmoïde. Introduction d'une sonde en gomme par l'anus : Amélioration passagère. Réapparition de l'occlusion quelques jours plus tard.

Laparotomie : Volvulus de l'S iliaque. Résection. Anastomose termino-terminale. Deux jours plus tard, accouchement prématuré d'un enfant mort. Péritonite. Mort.

XXV

SCHILLER. — *Drei Falle von Ileus in der Gravidität* (Zentralblatt für Gynäkologie, 1924, T. 48, p. 86-91).

Femme, IV^e père au 7^e mois de sa grossesse. Souffre depuis 3 semaines de douleurs abdominales. A toujours été difficilement à la selle. Symptômes d'occlusion intestinale.

Laparotomie : Torsion de l'S iliaque et du côlon sigmoïde de 135°. Détorsion du volvulus. Adhérences entre l'S iliaque, le ligament infundibulo-pelvien et la paroi postérieure de l'utérus.

Ponction de l'intestin. Guérison. La grossesse n'est pas interrompue et aboutit à la naissance d'un enfant vivant et à terme.

XXVI

A. WESTMANN. — *A case of volvulus occurring in Pregnancy* (Acta obstetricia et gynecologica scandinavica, 1928, T. 7, pp. 114 à 117).

Femme de 21 ans, II^e père dont la première grossesse a été normale, enceinte de quatre mois.

Douleur abdominale bientôt suivie de vomissements. Utérus ferme et contracté remontant un peu au-dessous du plan de l'ombilic. Col non ouvert. Température 36°6, pouls à 88. Etat général satisfaisant.

La malade est amenée le lendemain à l'hôpital avec le diagnostic de début de fausse-couche ou de grossesse extra-utérine. Après une matinée calme, la malade dans l'après-midi de ce même jour a une nouvelle crise semblable mais plus sévère. Douleur diffuse dans tout l'abdomen. Etat général très touché, pouls à 140. Abdomen distendu et météorisé. Vu l'aggravation de tous ces symptômes, on décide de pratiquer de suite une laparotomie exploratrice.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, issue d'une quantité modérée de liquide teinté de

sang. Dans la partie gauche de l'abdomen, il y avait une masse d'anses intestinales de coloration bleuâtre, mais pas très distendues.

Torsion de 180° de l'S iliaque possédant un méso remarquablement long. Le sommet de l'anse étranglée était découvert au fond du Douglas et son méso se trouvait serré entre le promontoire et l'utérus augmenté de volume et fortement contracté. L'étranglement n'était pas très serré et l'S iliaque en amont du point de striction n'était pas particulièrement distendu et n'avait pas la coloration de l'intestin étranglé.

Plus de la moitié de l'intestin grêle avait glissé au-dessus et à gauche du côlon, sous le volvulus de l'S iliaque et s'était trouvé de la sorte subir une torsion de 180° . Le mésentère tordu de l'intestin qui était fortement serré se trouvait placé au-dessous du méso également tordu de l'S iliaque. La portion d'intestin grêle étranglée était de coloration bleu foncé et sa paroi fortement oedématisée. Dans le mésentère, on pouvait distinguer un grand nombre de veines thrombosées.

Dès que la situation fut rendue plus claire, détorsion de l'S iliaque, attiré au dehors du bassin, ce qui était devenu chose facile après qu'on eut changé la position de l'utérus dans l'abdomen. Il n'était pas alors difficile de remettre en place après l'avoir détordu, l'intestin grêle qui ne semblait pas avoir beaucoup souffert. Après une application de sérum salé chaud, le péristaltisme reparaissait tout au long du segment qui avait été étranglé.

La malade avait bien supporté l'opération, l'abdomen était complètement refermé et le dernier point de suture à la peau posé quand tout à coup la malade devint cyanosée, en même temps, la respiration devenait difficile et le pouls à peine perceptible. En quelques minutes, elle mourait. L'autopsie montrait un long embolus qui oblitérait complètement l'artère pulmonaire gauche.

XXVII-XXVIII

MATRY. — *Volvulus d'un mégacolon sigmoïde. Première crise ; détorsion. Cure radicale après une seconde crise ; Résection ; Anastomose termino-terminale, fistulation large ; fermeture de l'anus. Guérison* (Bulletin de la société nationale de chirurgie, 1930, T. 56, N° 33, pp. 1.418-1.422).

Femme de 36 ans, IV^e pare, au 8^e mois de sa grossesse. Première crise le 7 octobre 1925 à minuit. Douleur violente dans le ventre, arrêt des matières et des gaz. Le lendemain à la suite d'une purgation, les douleurs ne font qu'augmenter.

Le 9 octobre, entrée à l'hôpital. Température, 37°3. Ni travail, ni vomissements. Ventre ballonné et douloureux. Gar-gouillement. Anses intestinales dessinées sous la peau. Lavage d'intestin sans effet.

Intervention à 15 heures : Rachianesthésie à la scurocaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Double torsion de l'S iliaque. Détorsion pénible en raison de son volume. Evacuation abondante de gaz. Fermeture en un plan.

Le 10 octobre : fausse couche.

Le 29 octobre : La malade sort de l'hôpital en état satisfaisant.

Deuxième crise : 3 ans plus tard en 1928, la même femme âgée de 39 ans, au 7^e mois de sa 5^e grossesse entre à l'hôpital le 29 novembre. Depuis 2 jours, elle présente des signes d'occlusion. Ventre très distendu. Une anse énorme vraisemblablement tordue se dessine sous la peau. Température, 37°2, pouls à 90.

Intervention immédiate : Rachianesthésie. Laparotomie latérale gauche sur le bord externe du grand droit. S iliaque énorme, distendu, transparent (12 cm. de diamètre). Torsion double de son pédicule. Détorsion facile de l'anse qui fait saillie de 40 cm. hors de l'abdomen. Débauche de gaz et de liquides. Après évacuation, résection entre deux clamps de S iliaque. Suture bout à bout enfouie dans une frange épiploïque. Fixa-

tion du moignon reconstitué à la paroi. Drainage par faisceau de crins de Florence.

Suites opératoire : simples du point de vue général, mais localement l'infection aboutit par désunion des deux segments intestinaux à la formation d'un anus iliaque gauche. Tel était l'état de la malade à la fin de décembre 1928.

Le 10 février 1929 : Naissance à terme d'une fille vivante pesant 3 kg. 700.

Le 5 avril 1929 : Fermeture de l'anus par anastomose termino-terminale.

Le 20 avril 1929 : La malade quitte le service guérie et son état de santé reste parfait depuis cette époque.

XXIX

GUIBÉ et A. LAMBERT. — *Observation inédite rapportée au cours de cette thèse. Sera publiée prochainement dans le numéro de juin ou de juillet 1931 de l'année Médicale de Caen et de Basse-Normandie au cours d'un article qui sera le résumé de cette thèse.*

A la suite de ces observations, nous avons cru intéressant de donner succinctement les indications bibliographiques suivantes concernant 16 cas de volvulus du gros intestin (autres que ceux de l'S iliaque) et 16 cas de volvulus du grêle que nous avons signalé au cours de cette thèse à l'occasion de la statistique des différents cas de volvulus survenus au cours de la grossesse. On trouvera dans les travaux mentionnés de LUDWIG, LEITNER et RENAN les références bibliographiques propres à chacun des cas cités d'après ces auteurs.

Volvulus du gros intestin : 1. GOTTSCHED, 2. FROMME (cas cités dans le travail de LUDWIG 1914), 3. LICHTENSTEIN, 4. BOVIN, 5. SCHRÖDER et BRETTSCHEIDER, 6. STORK, 7. ROMAN ROLF, 8. BUNDSCHUH, 9. à 13. FALTIN, 14. WEBER (cas cités dans l'*Inaugural dissertation* de LEITNER, Leipzig 1927), 15.

DONALD (*British journal of surgery* 1927, N° 58, p. 269), 16.
RADAEL (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1928, septembre).

Volvulus de l'Intestin grêle : 1. MARKOWA, 2. SUNDE, 3. GRÜNFELD, 4. DIETRICH, 5. HOFFMANN, 6. GOLDSCHMIDT, 7. SCHILLER, 8. PILSKY, 9. KÖNIG, 10. ZÖGE V. MANTEUFFEL, 11. et 12. LEITNER (cas cités dans l'ouvrage de LEITNER mentionné ci-dessus), 13. GALABIN (*Lancet*, 1888, T. 1, p. 676), 14. FLOWER (*New-York Medical journal*, 1912, T. 96, p. 1.172), 15. MÉRIEL, 16. RENAN (cités dans la thèse de RENAN, Paris 1921).

CONCLUSIONS

Le Volvulus de l'S iliaque, variété d'occlusion intestinale déjà peu fréquente en dehors de toute question de gravidité devient une affection tout à fait exceptionnelle, envisagée seulement chez la femme enceinte, en travail ou récemment accouchée.

Nous avons pu, néanmoins à l'occasion de la publication d'une observation inédite de ce Volvulus, en réunir 29 cas dans la littérature médicale de ces cinquante dernières années.

De l'étude comparative de ces divers cas, il ressort :

1° que la production d'un Volvulus de l'S iliaque, chez la femme enceinte n'est pas influencée par l'âge de la femme ;

2° qu'elle semble favorisée par la répétition des grossesses ;

3° qu'en tous cas, elle atteint sa plus grande fréquence du 4° au 9° mois de la grossesse, mais surtout à terme pendant l'accouchement et le post-partum.

La pathogénie de cette affection reste très obscure comme en dehors de la grossesse. L'utérus gravide semble jouer en l'occurrence un rôle surtout occasionnel en déplaçant les anses intestinales de leur situation originelle, dans la cavité abdominale. La cause efficiente résiderait comme toujours dans la trop grande mobilité de l'S

iliaque due à un excès de longueur de l'intestin et du mésocolon au niveau de cette anse.

Le diagnostic de cette affection est des plus difficiles comme celui de toute occlusion intestinale au cours de la grossesse. En effet, les vomissements, une constipation opiniâtre se rencontrent fréquemment chez la femme enceinte et d'autre part, le développement de l'utérus grévise masque fréquemment les symptômes abdominaux.

Parmi ces symptômes, propres au volvulus de l'S iliaque, on reliendra surtout la prédominance des douleurs à gauche et plus encore l'apparition d'une anse distendue venant se dessiner sous la peau, à gauche de l'utérus grévise, quelquefois même plus haut jusque dans la région épigastrique.

Le pronostic de cette affection au point de vue maternel est très sévère; il semble pourtant s'être amélioré ces dernières années avec les progrès de la technique chirurgicale. Car le traitement du Volvulus de l'S iliaque, au cours de la grossesse, est purement chirurgical. Tout cas non opéré est voué à la mort. Encore est-il que le diagnostic ne devra pas être porté trop tardivement si l'on veut voir l'intervention couronnée de succès. Au cours de cette intervention d'urgence, on se contentera de lever l'obstruction intestinale, par simple détorsion du Volvulus. Ce n'est que plus tard qu'on pratiquera la cure de ce Volvulus qui consiste en la résection de l'S iliaque. Toutefois, on sera bien forcé d'y procéder si l'on tombe sur une anse gangrenée en voie de sphacèle. On abouchera alors les deux moignons intestinaux à une ouver-

fure pratiquée dans la fosse iliaque gauche et qui tiendra lieu provisoirement d'anūs artificiel.

Qu'advient-il de l'enfant au milieu de toutes ces conjonctures ? Deux éventualités peuvent être envisagées, suivant l'époque de la grossesse à laquelle on se place.

Dans les premiers mois, l'utérus ne gêne pas l'intervention. On respectera la grossesse dans l'espoir de la voir parvenir à terme, bien que l'avortement dans les jours suivants soit de règle.

Dans les derniers mois et surtout à terme, on l'interrompra au contraire, en pratiquant préalablement à toute intervention, une césarienne qui aura pour double but de sauver la vie de l'enfant et de donner plus de facilité au chirurgien pour trouver et détordre ensuite ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, le Volvulus responsable des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

C'est en procédant de la sorte, qu'on pourra espérer surtout si l'on a la chance d'intervenir précocement, améliorer encore le pronostic du Volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse, affection qui, si elle fut jadis d'un pronostic exceptionnellement sombre reste encore aujourd'hui d'un pronostic très réservé tant pour la mère que pour l'enfant.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Professeur,*
M. LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE (1)

- BECKER (G.). — *Die Achsendrehung des Dickdarms in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt* (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1908, T. XXVIII, pp. 155-162).
- BOHLER (E.). — *L'occlusion intestinale pendant la grossesse*. (Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 26^e année, n^o 1, janvier 1931, pp. 17 à 25).
- BRAUN (G.). — *Die Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Gravidität und Geburt*. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1885, T. XXXV, pp. 761-765).
- BRAUN (H.). — *Über die Operative Behandlung der Axendrehung der Flexura Sigmoides*. (Archiv für Klinische Chirurgie, 1892, T. XLIII, pp. 164-195).
- GAUCHERY (P.). — *Etude sur les occlusions intestinales pendant la Puerpéralité*. (Thèse de Paris, 1902).
- JANKOWSKI. — *Der Volvulus des Dickdarms*. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1913, T. CXXIV, p. 298).

(1) Ne comprenant que les Travaux d'un intérêt général, la bibliographie particulière à chacune des observations relatées dans cet ouvrage, ayant été publiée en tête de cette observation.

- KELLER (R.). — *Occlusions intestinales et grossesse; le pseudo-iléus puerpéral*. (Gynécologie, Paris 1925, T. XXIV, pp. 354-363).
- KÖNIG (E.). — *Über Volvulus in der Gravidität*. (Archiv für Klinische Chirurgie, Berlin, 1922, T. CXXII, pp. 188-197).
- LAMPE. — *Der Volvulus der Flexura Sigmoides in der Gynäkologie und Schwangerschaft*. (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1909, T. XXIX, pp. 405-417).
- LECÈNE. — *Contribution à l'étude des Volvulus du gros intestin*. (Revue de Chirurgie, 1910, T. XLI, pp. 21-44).
- LEITNER. — *Ileus und Schwangerschaft*. (Inaugural-dissertation, Leipzig, 1927).
- LEMERCIER. — *Occlusion intestinale et puerpéralité*. (Thèse de Paris, 1908).
- LUDWIG. — *Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1914, T. LXXV, p. 324).
- V. MIKULICZ-RADECKI. — *Ileus und Gravidität*. (Münchener medizinische Wochenschrift 1926, p. 1352).
- RENAN. — *Le Syndrome d'occlusion intestinale dans ses rapports avec la gestation, le travail et les suites de couches*. (Thèse de Paris 1921).
- VAUTRIN. — *L'occlusion intestinale pendant la grossesse*. (Gynécologie, Paris 1922, T. XXI, pp. 193-200).
-

